

Diagnosis, Tata Laksana dan Komplikasi Abses Peritonsil

Erna M. Marbun

Staf Pengajar Bagian THT Fakultas Kedokteran, Universitas Kristen Krida Wacana
Alamat Korespondensi: Jl Arjuna Utara No.6, Jakarta Barat 11510

Abstrak

Abses peritonsil adalah abses yang paling sering ditemukan di antara abses leher dalam. Sekalipun tonsilitis akut merupakan penyakit yang benigna, abses peritonsil merupakan komplikasi tonsilitis akut, yang dapat mengancam jiwa jika tidak diobati dengan adekuat dan cepat. Abses peritonsil disebut juga *Quinsy*, abses terjadi di antara tonsil dan kapsulnya, infeksi dapat meluas menyebabkan obstruksi saluran napas, abses dapat pecah, terjadi asfiksi pus dan nekrosis menghasilkan sepsis atau perdarahan. Pengobatan abses peritonsil masih kontroversial. Apakah tonsilektomi harus dilakukan pada saat terjadi abses atau dilakukan setelah infeksi tenang, masih belum terpecahan

Kata kunci : Abses peritonsil, *Quinsy*, tonsilektomi

Diagnosis, Management and Complication of Peritonsil Abscess

Abstract

Although acute tonsillitis usually has a relatively benign course, complication can be life threatening if the treatment is delayed or inadequate. Peritonsillar abscess also known Quinsy, is a localized deep neck infection that develops between the tonsil and its capsule. The infection can progress to airway obstruction, abscess rupture and asphyxia cause by aspiration of the pus and necrosis resulting in septicaemia or haemorrhage. The treatment may influence the recurrence rate of peritonsillar abscess. The surgical treatment whether abscess tonsillectomy or interval tonsillectomy that should be done in those patients are still controversial

Keywords: *Peritonsillar abscess, quinsy, tonsillectomy*

Pendahuluan

Abses peritonsil adalah salah satu dari abses leher dalam yang paling sering ditemukan¹. Abses leher dalam terbentuk di dalam ruang potensial di antara fascia leher dalam sebagai akibat penjaralan infeksi dari berbagai sumber seperti gigi, mulut, tenggorok dan sekitarnya.

Abses leher dalam merupakan salah satu penyakit infeksi yang mengancam jiwa, dibentuk oleh lapisan fascia serfikal yang profunda, morbiditas dan mortalitasnya berkisar antara 1,6 - 40 %.¹

Sekalipun penyakit tonsilitis akut merupakan penyakit yang benigna, tetapi komplikasinya

dapat terjadi abses peritonsil yang merupakan penyakit yang dapat mengancam jiwa, apabila tidak diobati dengan segera dan adekuat.¹

Pada abses peritonsil ditemukan kumpulan pus yang berlokasi antara kapsul fibrosa tonsil palatina (biasanya di pul atas) dan otot konstriktor faringeal superior. Daerah ini terdiri atas jaringan ikat longgar, infeksi dapat menjalar dengan cepat membentuk cairan yang purulen. Inflamasi yang progresif dapat meluas secara langsung ke arah palatum mole, dinding lateral faring, dan jarang ke arah basis lidah

Abses peritonsil pertama kali disebut pada abad ke-14, merupakan penyakit yang

mengancam jiwa, sehingga diperlukan penanganan yang tepat dan segera.²

Ruang peritonsil dapat terinfeksi oleh bakteri *Streptococcus sp.* Ruang peritonsil dibatasi di medial oleh kapsul tonsil, di lateral muskulus konstriktor faringeal superior, di inferior pilar anterior tonsil, dan di pilar posterior tonsil.³

Anatomi

Tonsil palatina adalah sepasang organ limfoid yang terletak di antara lipatan palatoglosal (pilar anterior) dan lipatan palatofaringeus (pilar posterior) disebut fosa tonsilaris. Dikelilingi oleh kapsul tipis yang memisahkan tonsil dari otot konstriktor faringeus superior dan otot konstriktor faringeus bagian tengah.

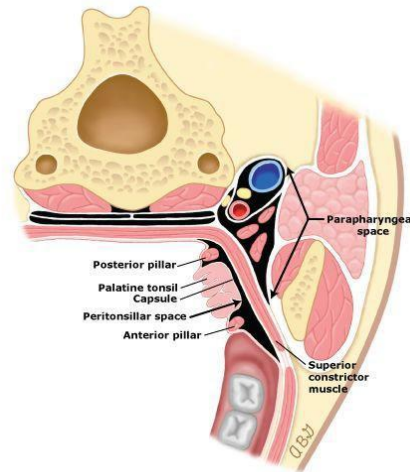
Pilar anterior dan posterior membentuk bagian depan dan belakang ruangan peritonsil. Bagian atas ruangan ini berhubungan dengan torus tubarius, di bagian bawah dibatasi oleh sinus piriformis. Ruang peritonsil diisi oleh jaringan ikat longgar, infeksi yang berta dapat dengan cepat membentuk pus. Inflamasi dan proses supuratif dapat meluas dan mengenai palatum mole, dinding lateral faring, dan jarang sekali ke basis lidah.⁴

Faring dibagi menjadi nasofaring, orofaring, dan laringofaring. Nasofaring merupakan bagian dari faring yang terletak di atas palatum mole, orofaring yaitu bagian yang terletak di antara palatum molle dan tulang hyoid, sedangkan laringofaring bagian dari faring yang meluas dari tulang hyoid sampai ke batas bawah kartilago krikoid.

Orofaring terbuka ke rongga mulut pada pilar anterior faring. Palatum mole (*vellum palati*) terdiri atas serat otot yang ditunjang oleh jaringan fibrosa yang dilapisi oleh mukosa. Penonjolan di median membaginya menjadi dua bagian. Bentuk seperti kerucut yang terletak di sentral disebut uvula.

Plika triangularis (tonsilaris) merupakan lipatan mukosa yang tipis, yang menutupi pilar anterior dan sebagian permukaan anterior tonsil. Plika semilunaris (supratonsil) adalah lipatan sebelah atas dari mukosa yang mempersatukan kedua pilar. Fosa supratonsil merupakan celah yang ukurannya bervariasi yang terletak di atas tonsil di antara pilar anterior dan posterior. Tonsil terdiri dari

sejumlah penonjolan yang bulat atau melingkar seperti kripta yang mengandung jaringan limfoid, dan di sekelilingnya terdapat jaringan ikat. Di tengah kripta terdapat muara kelenjar mukus (Gambar 1). Tonsil dan adenoid merupakan bagian terpenting cincin *waldeyer*.⁴



Gambar 1. Ruang Peritonsil⁵

Epidemiologi

Abses peritonsil kira-kira 30% dari abses leher dalam,⁴ sekalipun sudah di era antibiotika, abses peritonsil masih sering ditemukan dengan jumlah yang menurun menjadi 18% di *United Kingdom* dalam sepuluh tahun terakhir ini.⁴

Tonsilitis banyak ditemukan pada anak-anak. Abses peritonsil biasanya ditemukan pada orang dewasa dan dewasa muda, sekalipun dapat terjadi pada anak-anak.⁵ Abses peritonsil umumnya terjadi akibat komplikasi tonsilitis akut, dikatakan bahwa abses peritonsil merupakan salah satu komplikasi umum dari tonsilitis akut, pada penelitian di seluruh dunia dilaporkan insidens abses peritonsil ditemukan 10 -37 per 100.000 orang.^{6,7} di Amerika dilaporkan 30 kasus per 100 orang per tahun, 45.000 kasus baru per tahun. Data yang akurat secara internasional belum dilaporkan.⁵ Biasanya unilateral, bilateral jarang ditemukan.

Yang Lin melaporkan sebuah kasus bilateral abses peritonsil. Usia bervariasi paling tinggi pada usia 15-35 tahun, tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan.¹

Marom, et al melakukan studi pada 427 pasien dengan abses peritonsil, dikatakan bahwa

karakteristik abses peritonsil berubah, dikatakan penyakit ini lebih lama dan lebih buruk, dan faktor merokok mungkin merupakan faktor predisposisi.⁶

Abses peritonsil adalah kumpulan pus di dalam ruangan antara tonsil dan otot m. konstriktor superior. Abses peritonsil dapat terjadi pada umur 10-60 tahun, namun paling sering terjadi pada umur 20-40 tahun. Pada anak-anak jarang terjadi kecuali pada mereka yang menurun sistem imunnya, tetapi infeksi bisa menyebabkan obstruksi jalan napas yang signifikan pada anak-anak. Bukti menunjukkan bahwa tonsilitis kronik atau percobaan penggunaan antibiotik oral untuk tonsilitis akut merupakan predisposisi untuk berkembangnya abses peritonsil.

Etiologi

Abses peritonsil disebabkan oleh organisme yang bersifat aerob maupun yang anaerob. Organisme aerob yang paling sering menyebabkan abses peritonsil adalah *Streptococcus pyogenes* (Group A *beta-hemolytic streptococcus*) sedangkan organisme anaerob yang berperan adalah *Fusobacterium*. Untuk kebanyakan abses peritonsil diduga disebabkan karena kombinasi antara organisme aerob dan anaerob. Kuman aerob: Grup A *beta-hemolitik streptococci* (GABHS) Group B, C, G *streptococcus*, *Hemophilus influenza* (type b and nontypeable) *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Neisseria species*, *Mycobacteria sp*

Kuman Anaerob: *Fusobacterium Peptostreptococcuse*, *Streptococcus sp*, *Bacteroides*. Virus : *Eipsten-Barr Adenovirus Influenza A dan B*, *Herpes simplex*, *Parainfluenza*⁷.

Patofisiologi

Abses peritonsil biasanya terjadi sebagai akibat komplikasi tonsillitis akut, walaupun dapat terjadi tanpa infeksi tonsil sebelumnya. Infeksi memasuki kapsul tonsil sehingga terjadi peritonsilitis dan kemudian terjadi pembentukan nanah. Daerah superior dan lateral fosa tonsilaris merupakan jaringan ikat longgar, oleh karena itu infiltrasi supurasi ke ruang potensial peritonsil tersering menempati daerah ini, sehingga tampak palatum mole membengkak. Abses peritonsil

juga dapat terbentuk di bagian inferior, namun jarang. Pada stadium permulaan (stadium infiltrat), selain pembengkakan tampak juga permukaan yang hiperemis. Bila proses tersebut berlanjut, terjadi supurasi sehingga daerah tersebut lebih lunak dan berwarna kekuning-kuningan. Pembengkakan peritonsil akan mendorong tonsil ke tengah, depan, bawah, dan uvula bengkak terdorong ke sisi kontra lateral.³ Bila proses terus berlanjut, peradangan jaringan di sekitarnya akan menyebabkan iritasi pada m. pterigoid interna, sehingga timbul trismus.⁸ Kelenjar Weber adalah kelenjar mucus yang terletak di atas kapsul tonsil, kelenjar ini mengeluarkan air liur ke permukaan kripta tonsil. Kelenjar ini bisa tertinggal pada saat tonsilektomi, sehingga dapat menjadi sumber infeksi setelah tonsilektomi.⁸ Dilaporkan bahwa penyakit gigi dapat memegang peranan dalam etiologi abses peritonsil. Fried dan Forest menemukan 27% adanya riwayat infeksi gigi. Abses peritonsil mengalami peningkatan pada penyakit periodontal dibandingkan tonsilitis rekuren.³

Gejala Klinik

Nyeri tenggorok yang sangat (*Odinofagi*) dapat merupakan gejala menonjol, dan pasien mungkin mendapatkan kesulitan untuk makan bahkan menelan ludah. Akibat tidak dapat mengatasi sekresi ludah sehingga terjadi hipersalivasi dan ludah seringkali menetes keluar. Keluhan lainnya berupa mulut berbau (*foetor ex ore*), muntah (regurgitasi), sampai nyeri alih ke telinga (otalgi). Trismus akan muncul bila infeksi meluas mengenai otot-otot pterigoid. Pemeriksaan fisik kadang-kadang sukar dilakukan, karena adanya trismus. Gejala yang klasik adalah trismus, suara bergumam, disebut *hot potato voice*, dan uvula terdorong ke arah yang sehat. Demam hanya ditemukan sebanyak 25% kasus yang dilakukan oleh Sowerby, dan kawan kawan.⁹ Palatum mole tampak membengkak dan menonjol kedepan, dapat teraba fluktuasi. Uvula bengkak dan terdorong ke sisi kontralateral. Tonsil bengkak, hiperemis, mungkin banyak detritus dan terdorong ke arah tengah, depan, dan bawah. Palpasi (jika mungkin) dapat membedakan abses dari selulitis.

Diagnosis

Diagnosis dibuat berdasarkan riwayat penyakit, gejala klinis, dan pemeriksaan fisik. Informasi dari pasien sangat diperlukan untuk menegakkan diagnosis. Aspirasi dengan jarum pada daerah yang paling fluktuatif, atau punksi merupakan tindakan diagnosis yang akurat untuk memastikan abses peritonsil. Yang merupakan “*gold standar*” untuk mendiagnosis abses peritonsil adalah dengan mengumpulkan pus dari abses dengan menggunakan jarum aspirasi. Untuk mengetahui jenis kuman pada abses peritonsil tidak dapat dilakukan dengan cara usap tenggorok. Pemeriksaan penunjang akan sangat membantu selain untuk diagnosis, juga untuk perencanaan penatalaksanaan.⁶

Pada pemeriksaan penunjang dapat dilakukan pemeriksaan laboratorium seperti darah lengkap, pemeriksaan radiologi polos posisi antero-posterior hanya menunjukkan “distorsi” dari jaringan tetapi tidak berguna untuk menentukan pasti lokasi abses, pemeriksaan *CT scan* pada tonsil dapat terlihat daerah yang hipodens, yang menandakan adanya cairan pada tonsil yang terkena, di samping itu juga dapat dilihat pembesaran yang asimetris pada tonsil. Pemeriksaan ini dapat membantu untuk rencana operasi. Ultrasonografi merupakan teknik yang sederhana dan noninvasif dapat membantu dalam membedakan antara selulitis dan awal abses.⁶

Diagnosis Banding

Abses retrofaring, abses parafaring, abses submandibular, angina ludovici. Pada semua penyakit abses leher dalam, nyeri tenggorok, demam, serta terbatasnya gerakan membuka mulut merupakan keluhan yang paling umum. Untuk membedakan abses peritonsil dengan penyakit leher dalam lainnya, diperlukan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang cermat.⁵

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan harus segera dilakukan dan adekuat, untuk mencegah obstruksi pernafasan dan mencegah meluasnya abses ke ruang parafaring dan mediastinum dan basis kranii.¹

Setelah dibuat diagnosa abses

peritonsil, segera dilakukan aspirasi kemudian insisi abses dan drainase. Masih ada kontroversi antara insisi drainase dengan aspirasi jarum saja, atau dilanjutkan dengan insisi dan drainase, *Gold standar* adalah insisi dan drainase abses.¹ Pus yang diambil dilakukan pemeriksaan kultur dan resistensi test

Penanganan meliputi, menghilangkan nyeri, dan antibiotik yang efektif mengatasi *Staphylococcus aureus* dan bakteri anaerob. Pada stadium infiltrasi, diberikan antibiotika dosis tinggi, dan obat simptomatik. Juga perlu kumur-kumur dengan cairan hangat. Pemilihan antibiotik yang tepat tergantung dari hasil kultur mikroorganisme pada aspirasi jarum. Penisilin merupakan “*drug of choice*” pada abses peritonsil dan efektif pada 98% kasus jika yang dikombinasikan dengan metronidazole.⁹ Metronidazole merupakan antimikroba yang sangat baik untuk infeksi anaerob.

Teknik Insisi

Tindakan dapat dilakukan dengan posisi duduk dengan menggunakan anestesi lokal. Pertama faring disemprot dengan anestesi topikal. Kemudian 2 cc Xilocain dengan adrenalin 1/100,000 disuntikkan. Dilakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan ada pus, kemudian pisau tonsil no 12 atau no 11 dengan plester untuk mencegah penetrasi yang dalam yang digunakan untuk membuat insisi melalui mukosa dan submukosa dakat kutub atas fosa tonsilaris.

Lokasi insisi biasanya dapat diidentifikasi pada : 1, dipalpasi pada daerah yang paling fluktuatif dan paling menonjol, 2, pada titik yang terletak dua pertiga dari garis khayal yang dibuat antara dasar uvula dengan molar terakhir pada sisi yang sakit 3, pada pertengahan garis horizontal antara pertengahan basis uvula dan M3 atas. Hemostat tumpul dimasukkan melalui insisi ini dan dengan lembut direntangkan. Pengisapan tonsil sebaiknya segera disediakan untuk mengumpulkan pus yang dikeluarkan.¹⁰

Jika terdapat trismus, maka untuk mengatasi rasa nyeri, diberikan analgesia (lokal), dengan menyuntikkan xylocain atau novocain 1% di ganglion sfenopalatinum. Ganglion ini terletak di bagian belakang atas lateral dari konka media. Ganglion

sfenopalatinum mempunyai cabang n. palatina anterior, media dan posterior yang mengirimkan cabang aferennya ke tonsil dan palatum molle di atas tonsil. Daerah yang paling tepat untuk insisi mendapat inervasi dari cabang palatine m. trigeminus yang melewati ganglion sfenopalatinum. Kemudian pasien dianjurkan untuk operasi tonsilektomi. Bila tonsilektomi dilakukan bersama-sama dengan tindakan drainase abses maka disebut tonsilektomi "a chaud", bila tonsilektomi dilakukan 3-4 hari sesudah drainase abses disebut tonsilektomi "a tiede" dan bila tonsilektomi dilakukan 4-6 minggu sesudah drainase abses disebut tonsilektomi "a froid". Pada umumnya tonsilektomi dilakukan sesudah infeksi tenang, yaitu 2-3 minggu sesudah drainase abses.⁸⁻¹⁰

Tonsilektomi merupakan indikasi absolut pada orang yang menderita abses peritonsilaris berulang atau abses yang meluas pada ruang jaringan sekitarnya. Abses peritonsil mempunyai kecenderungan besar untuk kambuh. Sampai saat ini belum ada kesepakatan kapan tonsilektomi dilakukan pada abses peritonsil. Sebagian penulis menganjurkan tonsilektomi 6-8 minggu kemudian mengingat kemungkinan terjadi perdarahan atau sepsis, sedangkan sebagian lagi menganjurkan tonsilektomi segera.⁹

Komplikasi

Komplikasi segera yang dapat terjadi berupa dehidrasi karena masukan makanan yang kurang. Abses pecah spontan, mengakibatkan terjadi perdarahan, aspirasi paru atau pyemia, penyaluran infeksi abses ke daerah parafaring sehingga terjadi abses parafaring, penyaluran ke daerah intrakranial dapat mengakibatkan trombus sinus kavemosus, meningitis dan abses otak.

Pada keadaan ini, bila tidak ditangani dengan baik akan menghasilkan gejala sisa neurologis yang fatal. Komplikasi lain yang mungkin timbul akibat penyebaran abses adalah endokarditis, nefritis, dan peritonitis juga pernah ditemukan.⁸ Pembengkakan yang timbul di daerah supraglotis dapat menyebabkan obstruksi jalan nafas yang memerlukan tindakan trakeostomi. Keterlibatan ruang-ruang faringomaksilaris dalam komplikasi abses peritonsil mungkin memerlukan drainase dari luar melalui segitiga submandibular.^{9,11}

Prognosis

Pemberian antibiotik yang adekuat dan drainase abses merupakan penanganan yang kebanyakan hasilnya baik, dalam beberapa hari terjadi penyembuhan. Dalam jumlah kecil, diperlukan tonsilektomi beberapa lama kemudian. Bila pasien tetap mengeluh sakit tenggorok setelah insisi abses, maka tonsilektomi menjadi indikasi. Kekambuhan abses peritonsil pada usia lebih muda dari 30 tahun lebih tinggi terjadi, demikian juga bila sebelumnya menderita tonsilitas sebelumnya sampai 5 episode.^{10,11}

Penutup

Abses peritonsil merupakan infeksi akut yang berlokasi di spatium peritonsiler, yaitu daerah yang terdapat di antara kapsul tonsil dengan m. konstriktor superior, biasanya unilateral dan didahului oleh infeksi tonsillitis akut 5-7 hari sebelumnya. Abses peritonsil dapat terjadi pada umur 10-60 tahun, namun paling sering terjadi pada umur 20-40 tahun.

Organisme aerob yang paling sering menyebabkan abses peritonsiler adalah *Streptococcus pyogenes* (Group A Beta-hemolitik streptococcus), *Staphylococcus aureus*, dan *Haemophilus influenzae*. Sedangkan organisme anaerob yang berperan adalah *Fusobacterium. Prevotella*, *Porphyromonas*, *Fusobacterium*, dan *Peptostreptococcus spp.* Untuk kebanyakan abses peritonsiler diduga disebabkan karena kombinasi antara organisme aerobik dan anaerobik.

Gejala klinis berupa rasa sakit tenggorok yang terus menerus hingga keadaan yang memburuk secara progresif walaupun telah diobati. Rasa nyeri terlokalisir, demam tinggi, (sampai 40°C), lemah dan mual. Odinofagi dapat merupakan gejala menonjol dan pasien mungkin mendapatkan kesulitan untuk makan bahkan menelan ludah. Akibat tidak dapat mengatasi sekresi ludah sehingga terjadi hipersalivasi dan ludah seringkali menetes keluar, *hot potato voice* merupakan suatu perubahan suara. Penderita mengalami kesulitan berbicara, suara menjadi seperti suara hidung, membesar seperti mengulum kentang panas (*hot potato's voice*) karena penderita berusaha mengurangi rasa nyeri saat membuka mulut.⁶

Menegakkan diagnosis penderita dengan abses peritonsil dapat dilakukan berdasarkan anamnesis tentang riwayat penyakit, gejala klinis dan pemeriksaan fisik penderita. Aspirasi dengan jarum pada daerah yang paling fluktuatif, atau punksi merupakan tindakan diagnosis yang akurat untuk memastikan abses peritonsil.

Penatalaksanaan abses peritonsil secara medika dan non medika mentosa. Pada stadium infiltrasi, diberikan antibiotika golongan penisilin atau klindamisin, dan obat simptomatik. Obat kumur-kumur juga diperlukan, dengan menggunakan cairan hangat dan kompres dingin pada leher. Dosis untuk penisilin pada dewasa adalah 600 mg IV tiap 6 jam selama 12-24 jam, dan anak 12.500-25.000 U/Kg tiap 6 jam. Bila telah terbentuk abses, dilakukan pungsi pada daerah abses, kemudian diinsisi untuk mengeluarkan nanah. Tindakan tonsilektomi juga dilakukan pada orang yang menderita abses peritonsilaris berulang atau abses yang meluas pada ruang jaringan sekitarnya.

Daftar Pustaka

1. Lin YY MD, Lee JC MD . Bilateral peritonsillar abscesses complicating acute tonsillitis. *CMAJ*, August 9, 2011, 183 (11)
2. Segal N, Sabri SE. Peritonsil abscess in children in The Southern District of Israel. *Int Journal of Ped Otol* 2009;73 : 11 : 48-50
3. Powell EL, Powell J, Samuel JR and Wilson JA. A review of the pathogenesis of adult peritonsillar abscess : time for a re-evaluation. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* (2013) 10:1093
4. Gadre AK, Gadre KC. Infection of the deep spaces of the neck. In: Bayle BJ, Johnson JT. editors. *Head and Neck Surgery Otolaryngology*. 4th ed. Philadelphia : Lippincot Company 2006 : 666-81
5. Ellis H, editor. *Clinical anatomy*. 11 ed. Australia : 006 : 279-80
6. Marom T et al. Peritonsil abscess. *American J of Otolaryngology- Head and Neck Medicine and surgery* 31 (2010) 162-7
7. Bharudin MI: Management of peritonsil infection: Hospital university Sains Malaysia Experience, *The internet Journal Of Otorhinolaryngology* 2008, volume 10 Number 1.
8. Epperly TD, Wood TC. New trends in the management of Peritonsillar Abscess. *Am Fam Physician* 42 : 102-112, 1990
9. Sowerby LJ, Hussain Z. *Journal of otolaryngology- Head and Neck Surgery* 2013 , 10-5
10. Galioto NJ. Peritonsillar abscess. *AM Fam Physiann*. 2008 Jan 15;77 (2):199-202
11. Herzon F, Harris P: Peritonsillar abscess : incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines. *Laryngoscope*. 1995, 105. 1-7